

sup

Lane Medical Library

**Klinische Beiträge zur Differentialdiagnose
zwischen Epilepsie und Hysterie aus den
Erfahrungen des gegenwärtigen Krieges.**

INAUGURAL - DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

VON

Joachim Caspari
aus Brüssow (Uckermark).

Tag der Promotion: 30. November 1916.

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

1916

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Flüge.

Referent: Prof. Dr. Bonhoeffer.

Meinen lieben Eltern

Schon weit über 100 Jahre datieren die Bemühungen zurück, brauchbare Formeln zu finden für die Differential-Diagnose zwischen der Epilepsie und der Hysterie. Daß dabei trotz einer inzwischen recht beträchtlich angewachsenen Literatur noch immer kein sicherer und in allen Fällen gangbarer Weg gefunden ist, kann nicht weiter Wunder nehmen, wenn man bedenkt, daß über Wesen, Art, Ursache und Abgrenzung jeder der beiden Krankheiten auch heute noch eine in einer großen Zahl von Theorien sich äußernde Unsicherheit herrscht. Es würde zu weit führen, wollte man an dieser Stelle aller Erklärungsversuche Erwähnung tun, die die mannigfaltigen klinischen Bilder im Laufe der Zeit gefunden haben. Kaum auf irgend einem anderen Gebiete hat auch die Wandelbarkeit der Begriffe eine so starke Rolle gespielt, wie hier. Was man früher unter Epilepsie verstand — unter Einschluß aller epileptiformen Bilder —, unterscheidet sich recht wesentlich von den heute geltenden Anschauungen, und gar die Abgrenzung des Begriffes „Hysterie“ hat sich seit den Zeiten der alten französischen Schule recht erhebliche Umwandlungen gefallen lassen müssen.

Immerhin waren Ende der 90er Jahre die Meinungen soweit geklärt, daß gewisse allgemeine Richtlinien maßgebende Gültigkeit erlangt hatten. Mit ihrer Festlegung beauftragt, erstattete Hoche auf der XXVII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden im Mai 1902 ein Referat (28): „Die Diffe-

rential-Diagnose zwischen Epilepsie und Hysterie“, das ein außerordentlich übersichtliches Bild des damaligen Standes der Frage bietet. Wesentlich ist für uns — zur Beurteilung der klinischen Bilder — vor allem die Feststellung, daß es absolute Symptome zur Unterscheidung beider Krankheiten nicht gibt, sondern daß man versuchen muß, auf Grund mehr oder minder wertvoller Majoritätssymptome den Weg zu einer richtigen Diagnose zu finden. Hoche führt in ausführlichen Darlegungen den Nachweis, daß gegenüber den bis dahin als für Epilepsie absolut ausschlaggebend angesehenen Symptomen: Zungenbiß, Verunreinigung mit Kot und Urin und Aufhebung der Lichtreaktion der Pupillen die zunehmende Erfahrung zeigte, daß auch sie nur Majoritätssymptome darstellten, Merkmale von großem Wert, aber nicht von beweisender Kraft. Ebenso ging es mit der totalen Aufhebung des Bewußtseins im Anfall und mit der Temperatursteigerung im Status epilepticus.

Im allgemeinen unterscheiden sich die damals von Hoche vorgetragenen Grundsätze nicht wesentlich von den heute geltenden Anschauungen. (Die ebenfalls dort ausführlich dargelegte Frage eines eventuellen gemeinsamen Grenzgebietes beider Krankheiten bzw. einer besonderen Krankheit „Hysteroepilepsie“ wird weiter unten behandelt werden.) Hinzugekommen ist in der Zwischenzeit an charakteristischen Zeichen vor allem der Babinsky'sche Zehenreflex, der bei positivem Ausfall für die Diagnose „Epilepsie“ recht erhebliche Bedeutung hat.

In neuerer Zeit hat Tsiminakis (51) ein Verfahren angegeben, das es ermöglichen soll, durch Kompression der Karotiden sowohl bei Epileptikern wie bei Hysternikern sofort den der betreffenden Krankheit entsprechenden Anfall auszulösen. Ob es sich dabei tatsächlich, wie Tsiminakis und nach ihm Fleisch (16) annehmen, um eine vorübergehende Anämie oder Hyperämie der von

den Karotiden versorgten Gehirnteile handelt, die hierbei als Reiz wirken, oder aber Mohr (31) Recht hat, der bei Schilderung seines „Halsdrucksymptomes“ die Kompression des Vagus bzw. des Sympathikus als Ursache ähnlicher Erscheinungen annimmt, scheint noch nicht völlig geklärt. Erwähnt sei an dieser Stelle, daß, wie Gowers (17) berichtet, schon 1861 Waller („Proc. Royal Soc.“ vol. XI, 1861, p. 302) Versuche beschrieben hat, durch Druck auf den Vagus hinter der Karotis synkopeähnliche Anfälle auszulösen. Ueber die Frage, wie weit bei den Versuchen von Tsiminakis die Kompression der Karotiden weniger als die gleichzeitig damit erfolgende Kompression des Vagus hinter den Karotiden zu den geschilderten Erscheinungen geführt haben, müssen weitere Untersuchungen abgewartet werden.

Ob es sich nicht ferner bei der Hervorrufung von hysterischen Anfällen trotz der von Tsiminakis abgegebenen Gegenbehauptung um eine Art Suggestionsversuch handelt, bei dem das Trigonum caroticum als hysterogene Zone fungiert, müßte noch geklärt werden. Die bei der Kompression entstehenden Sensationen könnten dabei sehr wohl unterstützend mitwirken. Für diese Ansicht scheint zu sprechen, daß es uns gelungen ist, bereits aufgetretene hysterische Anfälle durch „Karotidenkompression“ suggestiv zu unterbrechen.

In jedem Falle sind die bisherigen Versuche noch nicht als abgeschlossen zu betrachten und die Ergebnisse, über die bisher berichtet worden ist, sind noch zu inkonstant, um entscheidenden Wert für die Diagnose zu beanspruchen.

In der überwiegenden Mehrzahl aller zu beurteilenden Fälle wird man ohne Schwierigkeit mit den bei Hoche und in den neueren Auflagen der Lehrbücher angeführten Symptomen auskommen — immer vorausgesetzt, daß man keine

absoluten Symptome erwartet und kleine Abweichungen oder sogar Gegensätzlichkeiten, die nur in den seltensten Fällen fehlen, bei der Diagnose in Rechnung stellt.

So ist es möglich gewesen, von den 100 Fällen mit Kramp fzuständen aus einem Reservelazarett, die für die vorliegende Arbeit als Material dienten, bei 90 Fällen ohne Weiteres eine eindeutige Diagnose zu stellen. 64 von diesen 90 Fällen mußten als hysterisch angesprochen werden, obwohl bei 3 von ihnen Zungenbiß im Anfall konstatiert wurde. Bei 1 Fall fand sich Pupillenstarre.

Es ist daher nicht verwunderlich, daß bei Fällen, die in verschiedenen Lazaretten gelegen hatten, nach Einforderung der betreffenden Krankenblätter die gestellten Diagnosen häufig variierten. Wie Henneberg kürzlich in einer Diskussionsbemerkung ausführte, erwiesen sich auch bei ihm die Mehrzahl der als Epilepsie eingelieferten Fälle als Hysterie. Im allgemeinen scheint daher Vorsicht geboten, wenn versucht wird, auf Grund von statistischen Zahlen, denen Krankenblätter zu Grunde liegen, weittragende Schlüsse zu ziehen.

Es dürfte nicht viele Krankheiten geben, über die uns der Krieg so neue und wichtige Aufschlüsse gebracht hat, wie über die Hysterie. Nach Bonhoeffer (8) ist das Bild des Krankenmaterials einer psychiatrischen Klinik heute wesentlich verschieden von dem gewohnten Friedensbilde: „Der Unterschied zeigt sich vor allem in dem Ueberwiegen der auf dem Boden der psychopathischen Konstitution erwachsenen krankhaften Zustände. Besonders augenfällig ist es mit der Hysterie. Wenn wir diese in Friedenszeiten im wesentlichen auf der Frauenstation vertreten sahen, so hat sich jetzt das Verhältnis ganz nach der Männerseite verschoben.“ Der Krieg „als Experiment“ hat an einem ungeheuren Krankenmaterial die Nachprüfung bisher geltender und neu aufgestellter Theorien zur Frage der Hysterie ermöglicht. Die Fülle der zur Verfügung stehenden Fälle hat

überall neues Interesse an dem scheinbar „erledigten“ Begriff „Hysterie“ hervorgerufen und mehrere bedeutende Autoren haben sich veranlaßt gesehen, ihn neu, umfassender zu definieren. So schrieb Strümpell in einem jüngst erschienenen Aufsätze (48): „Als hysterisch sind diejenigen klinischen Erscheinungen einer abnorm gesteigerten oder abnorm veränderten Nervenfunktion zu bezeichnen, bei denen diese Erscheinungen auf einer Störung der normal geregelten Beziehungen zwischen den Vorgängen des Bewußtseins und den organischen Funktionen beruhen.“ Bezieht sich diese Definition mehr auf das formale Entstehen hysterischer Krankheitsbilder, so wird von der Herkunft hysterischer Zustände überhaupt ein plastisches Bild entworfen durch das Ergebnis von Bonhoeffers Untersuchungen. Nach ihm ist es — im Gegensatz zu verschiedenen anderen Theorien — nicht die Emotivität, nicht die Suggestibilität im allgemeinen, auch nicht die generelle Neigung zur Abspaltung und Versenkung von Bewusstseinsvorgängen ins Unbewußte oder Halbbewußte, was uns als hysterisch erscheint. „Was dem hysterischen Typus seine charakteristische Form verleiht, ist der Umstand, daß die Abspaltung der psychischen Komplexe unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gerichteten Willensrichtung geschieht. Das Durchscheinen dieser Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung ist das, was uns speziell als hysterisch imponiert. Die häufigste Form der hysterischen Willensrichtung ist der Wille zur Krankheit.“ Und noch an einer anderen Stelle (10) ganz unzweideutig: „Wünsche und Begehrungen bilden den Untergrund der Hysterieentwicklung“.

Das sind dieselben Wünsche und Begehrungen, die sich bei dem in der Militärpraxis vorliegenden Material — wenn auch in der Mehrzahl der Fälle unterbewußt — in der negativen Form äußern: als Furcht, als Sucht, sich der Gefahr zu entziehen, kurz, als Ausdruck des Selbsterhaltungstriebes.

Bei den hier zu Grunde liegenden 64 hysterischen Krampfstößen war es — von einzelnen Ausnahmen abgesehen — in fast allen Fällen möglich, in der Genese der einzelnen Krankheitsbilder die oben angedeuteten Entstehungsursachen nachzuweisen. Der Angstkomplex war mehr oder minder überall durchscheinend.

Insbesondere bei solchen, die bereits durch früheren Aufenthalt im Felde mit den Gefahren des Krieges vertraut infolge einer Verwundung zurückgekommen waren, zeigt sich deutlich das Bestreben, eine Wiederholung dessen, was sie durchgemacht hatten, unter allen Umständen zu vermeiden. In nicht weniger als 9 Fällen traten plötzlich hysterische Anfälle auf unmittelbar vor, bei oder nach der Rückkehr vom Lazarett zum Ersatz-Truppenteil.

Andere Anfälle traten mit Vorliebe erstmalig an sonstigen Terminen auf, die für den Soldaten, der ins Feld gehen soll, von Bedeutung sind. 2 Fälle fanden sich direkt beim Ausrücken der Truppe, 2 andere Fälle bei Rückkehr von dem Urlaub, der dem Ausrücken vorhergeht.

Recht häufig stellten sich auch Anfälle nach 3—5 Monaten Garnisondienst ein, d. h. zu einer Zeit, da die Ausbildungszeit sich ihrem Ende zuneigt.

In mehreren Fällen bedurften die latenten Begehrungsvorstellungen zur Hervorrufung von hysterischen Anfällen eines auslösenden Momentes, wie es dreimal das erste Scharfschießen war, das ja besonders geeignet ist, dem Rekruten das Gefühl „Nun wird's ernst“ zu Bewußtsein zu bringen.

Eine ähnliche Rolle schien in 4 Fällen die Typhus- bzw. Choleraschutzimpfung zu spielen, die auch meist bei denen vorgenommen wird, die in nächster Zeit ins Feld zu gehen bestimmt sind. Die Sensation des körperlichen Eingriffes wirkt dabei besonders unterstützend mit.

Einiges Interesse beansprucht auch ein Fall, der sich im Rekruten-Depot eines Infanterie-Regiments abspielte. Nach

etwa dreimonatlicher Ausbildung erkrankte dort ein Mann an epidemischer Genickstarre. Obwohl sofort alle Vorsichtsmaßregeln getroffen wurden, trat nach 3 Tagen in derselben Stube ein weiterer Fall auf, der alle typischen Erscheinungen von Meningitis darbot: Opisthotonus, die charakteristische Schmerzhaftigkeit des eingezogenen Leibes, Kerniges Symptom usw. Nach erfolgtem Transport zum Seuchenlazarett wurden dort 4 Tage lang dieselben Erscheinungen, langsam abklingend, beobachtet. Das Fehlen von Fieber, der negative bakteriologische Befund und das Auftreten eines leichten Schütteltremors legten aber schließlich den Verdacht eine Hysterie nahe. Nach Verlegung zur Nervenstation traten nach Verschwinden aller meningitischen Zeichen hier schwere hysterische Krampfstörungen auf, die die vorher gestellte Diagnose bestätigten.

Es ist ohne weiteres erklärlich, daß bei dem Mann der Wille, gleich seinem Stubenkameraden durch die schwere Erkrankung dem Ausrücken ins Feld zu entgehen, zu dem geschilderten Krankheitsbild geführt hat.

Verhältnismäßig selten fanden sich gegenüber den zahlreichen in der Garnison aufgetretenen Erkrankungen an Hysterie solche bei Leuten, die erst einmal draußen im Felde angelangt waren. Von den 64 Fällen traten nur 19 im Felde selbst auf, und auch von diesen schlossen sich nur ganz wenige unmittelbar an eine eigentliche Kriegsschädigung an. In zwei Fällen gab eine Verschüttung den direkten Anlaß zum hysterischen Anfall, bei einem Fall war es eine Gasvergiftung. Nur zweimal fand sich als Ursache Granateneinschlag angegeben. Im Typus der hysterischen Krampfbilder fand sich, worauf auch G a u p p kürzlich hingewiesen, kein Unterschied zwischen den nach akutem schweren Schock und den nach subakuter Einwirkung seelischer Erregungen entstandenen.

Im übrigen war bei den an der Front erstmalig aufge-

tretenen hysterischen Zuständen ebenso, wie bei den bereits früher geschilderten der Einfluß von Begehrungs- bzw. Befürchtungsvorstellungen meist durchscheinend. Der im schweren Feuer zur Todesangst gebrachte Mann sehnt einen Anlaß herbei, aus dieser Situation herauszukommen, und sei es selbst infolge einer Verwundung. Bei so latent vorhandenen Wünschen bilden leicht eine einstürzende Mauer, eine Gaswolke, eine Granatexplosion — die doch nur ganz selten überraschend erfolgt — das auslösende Moment zur Hervorrufung des hysterischen Anfalls, das oft außerordentlich schnell perzipiert wird. Steht es doch — nach Oppenheim (35) — fest, „daß die mit dem Erwartungsaffekt verknüpfte Vorstellung eines äußeren oder inneren Vorgangs die günstigste Konstellation des Bewußtseins für seine Wahrnehmung erzeugt“.

An dieser Stelle möge ein Fall Erwähnung finden, der — obwohl hysterisch — mit der bestimmten Diagnose „Epilepsie“ aus einem Feldlazarett zur Einlieferung kam. Es handelt sich um einen 21jährigen Infanteristen, der, wie sich nachträglich herausstellte, bereits mit 16 Jahren vorübergehend an Krampfanfällen gelitten hatte. Am Kriege hatte er von Anfang an teilgenommen. Im September 1915 bekam er bei einem Sturmangriff einen Schuß durch das linke Ellenbogengelenk. Unmittelbar anschließend daran traten Krämpfe auf, die sich anfangs täglich mehrmals, dann aber nur regelmäßig in 14tägigen Abständen wiederholten. Eine besondere Note bekamen diese Anfälle nun dadurch, daß sie immer von einer Art Aura eingeleitet wurden, die 10—15 Minuten vorher auftrat und in kribbelnden Sensationen mit Zittern bestand, und zwar im linken Arm, an der Stelle der Verwundung. Ueber seine darauf folgenden subjektiven Empfindungen wußte Patient nichts anzugeben. Nach Aussage von Kameraden dauerten diese Anfälle etwa 10 Minuten.

Die Periodizität des Auftretens der Anfälle, die Amnesie,

die „Aura“ hatten zur Diagnose „Epilepsie“ Veranlassung gegeben. Die hier beobachteten Anfälle ließen dieselben dagegen eher hysterisch erscheinen. Zur Sicherung der letzteren Diagnose wurde ein Suggestivversuch gemacht: Es wurde ein fester Druck auf die linke Unterbauchgegend des Patienten ausgeübt mit der Belehrung, daß nun ein Anfall auftreten würde. Patient reagierte sofort, und zwar — mit Kribbeln und Zittern im linken Arm. Dieselben Zeichen bestanden nach Aufhören des Druckes fort und waren nach etwa $\frac{1}{4}$ Stunde von einem typisch hysterischen Anfall gefolgt. Der Charakter der Kramp fzustände, die bei einem hysterisch veranlagten Menschen durch eine Verwundung zum Ausbruch gekommen waren, war dadurch erwiesen. Wie sonst häufig in Fällen von Kombination organischer Störungen mit funktionellen Zuständen ist auch hier die Lokalisation der letzteren durch die ersteren determiniert worden.

Verhältnismäßig häufiger als nach schwerem akuten Schock traten Anfälle auf nach Nachlassen der durch das Gefecht in jedem Falle erzeugten Spannung (z. B. nach Rückkehr von mehrstündigem Aufenthalt in einem Sappenkopf). Man hat dabei den Eindruck, daß die Entspannung geradezu als Reiz wirkt.

Dem entsprechen auch die Erfahrungen, die Verfasser seinerzeit in den ersten Kriegswochen als Angehöriger eines Truppenteils der Armee Kluck machte. Erst nach Aufhören der Spannung des Bewegungskrieges, als die Operationen an der Aisne zum Stillstand gekommen waren, wurden in großer Anzahl Fälle von Neurasthenie, Hysterie, nervöser Erschöpfung usw. beobachtet, die man vorher vergeblich gesucht hätte; trotz eines fünfwöchigen Vormarsches voll ungeheurer Strapazen, zahlloser Gefechte und großer Marschleistungen, und trotz des Rückzuges von der Marne, bei dem noch mancherlei deprimierende Momente dazutraten. Gewiß war im Stellungskrieg mehr

Gelegenheit zur Beobachtung des einzelnen Mannes und damit zum Offenbarwerden von krankhaften Zuständen, die bereits früher bestanden hatten; aber damit allein dürften sich die geschilderten Tatsachen doch nicht erklären lassen.

Einen anderen Beweis dafür, daß starke Spannung psychisch hemmend wirkt auf schreckemotionelle Erscheinungen bieten die Erfahrungen, die man an Kriegsgefangenen gemacht hat und über die unlängst im Rahmen einer Diskussionsbemerkung Bonhoeffer und dann auch Mörrchen (32) berichtet haben. Hier vermißte man ebenfalls hysterische und ähnliche Erscheinungen bei solchen Gefangenen, die frisch aus dem Trommelfeuer kamen. Nach der von Bonhoeffer gegebenen Erklärung (9) war auch in diesem Falle „das Bewußtsein, aus der Todesgefahr heraus zu sein, und die starke Spannung der Erwartung, die sich an den mit allerhand Mythenbildung umgebenen und gänzlich neuen Zustand der Gefangenschaft anschließt, offenbar imstande, den Schreckemotionskomplex, wo er sich entwickeln wollte, schnell zu verdrängen“.

Daß die Begehrungsvorstellungen da, wo sie nicht — wie bei den vorstehend angeführten Fällen — gehemmt, sondern durch fürsorgende Pflege und reichlich entgegengebrachtes Mitleid gefördert werden, oft zu den schwersten hysterischen Krankheitsbildern führen können, wurde, ganz besonders in letzter Zeit, durch eine ganze Reihe von Fällen illustriert, die allen therapeutischen Beeinflussungen mit außerordentlicher Hartnäckigkeit widerstanden. Meist konnte hier nur die bis hart an die Grenze der Humanität getriebene Durchsetzung der militärischen Strenge und das rücksichtslose Fühlenlassen der Autorität des Vorgesetzten erhoffen lassen, daß es gelingen würde, den durch die frühere Umgebung anerzogenen Willen zur Krankheit erfolgreich zu bekämpfen. Es ist zu wünschen, daß nach Durchführung der

auf den Münchener Septembertagungen gefaßten Resolutionen, Nervenkrankte möglichst frühzeitig der geeigneten Behandlung zuzuführen, nunmehr allen diesen Fällen der gefährliche Weg durch zu gut gemeinte Vereinslazarette verschlossen bleibt.

Ließ sich bei den hysterischen Krankheitsbildern — wie gezeigt — ein direkter starker Einfluß des Krieges und der damit zusammenhängenden seelischen Eindrücke einwandfrei feststellen, so gilt dies in viel geringerem Grade von den zur Beobachtung gelangten Fällen von Epilepsie. Zum Teil liegt das wohl an der außerordentlich schwierigen diagnostischen Abgrenzung der mannigfachen uns bekannten Formen dieser Krankheit. Die besonders große Unzuverlässigkeit der anamnestischen Angaben, die bei genauer Nachprüfung fast regelmäßig anzutreffen ist — insbesondere, was Frühererscheinungen epileptischer Art betrifft — trägt ferner das Ihre dazu bei, die Unterschiede und Uebergänge zwischen genuiner, Spät- und Reaktivepilepsie fast völlig zu verwischen.

Dazu tritt nun außerdem noch die Unmöglichkeit, genau anzugeben, in welchen Fällen eigentlich Erschöpfung, Emotion und Strapazen eine Rolle gespielt haben. Es ist keineswegs angängig, bei statistischen Berechnungen die letzteren Bedingungen in allen den Fällen als in Betracht kommend anzunehmen, die etwa aus dem Felde eingeliefert werden. Abgesehen davon, daß es auch in der Garnison der Aufregungen und Anstrengungen — besonders für solche, die daran nicht gewöhnt sind — mannigfaltige gibt, bedarf es auch der Feststellung, daß für den „in Felde“ befindlichen Soldaten dieselben durchaus nicht zu den täglichen Ereignissen rechnen.

Im Gegenteil ist vielfach zu bemerken, daß das Losgelöstsein aus der gewohnten Umgebung zu einer Art geistigen Erholung führt; daß besonders bei den aus Groß-

städten stammenden Mannschaften die Vereinfachung der Beziehungen zur Umwelt sie bis zu einem Grad psychischen Gleichgewichts kommen läßt, der ihnen bis dahin oft kaum bekannt war. Der tägliche, regelmäßige Dienst, der den einzelnen Mann nur selten vor selbständige Entschlüsse stellt, die vereinfachte Stellungnahme zur Umgebung, die sich in Vorgesetzten und Kameraden erschöpft, bilden meist einen beruhigenden Kontrast besonders in den Fällen, wo früher die Leute durch ungünstige Verhältnisse geschäftlicher oder — vor allem — familiärer Art „nervös gemacht“ wurden.

Das alles trägt dazu bei, bei Untersuchungen über psychische Kriegsbeschädigungen die Frage: Feld oder Garnison? nicht als allein ausschlaggebend anzusehen.

Von den vorliegenden Fällen wurden im ganzen 26 als einwandfrei epileptisch diagnostiziert. Von diesen haben 18 bereits vor dem Kriege an Krampfanfällen gelitten. Von den 8 Fällen, die angeblich erst im Feldzuge erstmalig davon befallen sein wollen, ließen sich bei 6 doch nach genauerem Nachforschen epileptische Antezedentien nachweisen. 15 Fälle wurden vom Felde aus eingeliefert, von denen 7 bereits früher an schweren Anfällen gelitten hatten. Die Annahme, daß schwere chronische Epilepsie sich nicht im Heere findet, hat sich demnach nicht bestätigt, weil nur erwiesene Epilepsie die Dienstuntauglichkeit ausschließt und der Beweis, wenn eine Zeitlang einmal keine Anfälle aufgetreten sind, kaum zu führen ist. Insbesondere scheinen im Drange der Mobilmachungszeit eine ganze Reihe schwerer Kranker, die ihre Anfälle verheimlichten, den Weg ins Feld gefunden zu haben. Daß die Beurteilung der Dienstfähigkeit mitunter wechselnd war, beweist auch ein Fall, der trotz mehrerer überstandener Anfallsperioden dauernd im Felde blieb und erst

nach fast $1\frac{1}{2}$ Jahren wegen einer Verwundung in die Heimat zurückkam.

In drei Fällen traten nach mehrjähriger Pause schwere Anfälle auf. Die Möglichkeit, daß die starke Beanspruchung durch den Dienst im Felde, die in allen drei Fällen vorlag, das Wiederauftreten der Krankheit begünstigt bzw. hervorgerufen hat, liegt natürlich vor, kann aber bei dem geringen Material kaum hieraus allein gefolgert werden.

In einem Fall traten epileptische Krampfanfälle erstmalig auf bei einem Gefreiten, der 2 Jahre vor dem Kriege an Meningitis gelitten hatte. Es wäre immerhin möglich, daß es sich dabei um eine Schädigung auf Grund einer „erworbenen Anlage“ handelt. Jedenfalls bot der Fall Parallelen zu einem kürzlich von *Lewandowsky* (28) veröffentlichten, wo sich Rindenepilepsie einstellte nach durchgemachter Encephalitis, einem Fall, der einen Beleg dafür bietet, „daß auf dem Boden einer erworbenen Schädigung des Gehirns, auch wenn sie bei mittlerer Beanspruchung nicht in Erscheinung tritt, bei höherer Beanspruchung schwere Funktionsstörungen entstehen können“.

In 7 Fällen kam ätiologisch für die Anfälle Lues in Betracht; davon waren bei 3 Fällen auch bei eingehenderer Nachforschung die ersten epileptischen Erscheinungen erst nach stattgehabter Infektion aufgetreten, während bei den übrigen ein genauerer Nachweis nicht zu führen war. Man wird hierbei an neuere Arbeiten *Bonhoeffers* (9) denken müssen, wonach sich hinter Feldzugsepilepsie oft eine Lues verbarg, die sonst keine Erscheinungen machte.

Im allgemeinen war die Beurteilung des Zusammenhanges der Anfälle mit den in Betracht kommenden ätiologischen Momenten nicht gerade einfach.

In nicht weniger als 13 Fällen war die Möglichkeit zur Diskussion zu stellen, die Anfälle auf Unfälle (Kopfverlet-

zungen usw.) zurückzuführen. Die Zahl erscheint recht hoch, und in der Tat muß auf Grund gemachter Beobachtungen damit gerechnet werden, daß bei den Angaben zur Anamnese die Rücksicht auf eine „Dienstbeschädigung“ oft für die Angaben von mehr oder minder den Tatsachen entsprechenden Kriegsschädigungen maßgebend war. Umgekehrt dürfte nicht minder häufig aus ähnlichen, naheliegenden Gründen Alkoholmißbrauch verschwiegen werden.

In einem Fall wurde ein Kolbenschlag über den Kopf für die Krampfanfälle verantwortlich gemacht bei einem Pionier, der sowieso schwere hereditäre Belastung aufwies, im Blut und Lumbalpunktat positiven Wassermann hatte und außerdem noch schwerer Alkoholiker war. Der Fall steht in der Mannigfaltigkeit der für die Aetiologie der Anfälle in Betracht kommenden Momente keineswegs vereinzelt da.

Aehnliche Schwierigkeiten bot folgender Fall:

Wehrmann K., 43 Jahre alt, kam wegen „Nervenbeschwerden“ und Schwindelanfällen aus dem Felde in die Garnison zurück. Hier stürzte er an einem Sonntag abend, als er nach mäßigem Alkoholgenuß auf der Straßenbahn nach der Kaserne fuhr, von der Plattform des Wagens auf die Straße, wo er zunächst bewußtlos liegen blieb. Er wurde ins Lazarett gebracht, wo neben den Erscheinungen einer leichten Commotio epileptische Krampfanfälle beobachtet wurden. Patient konnte sich an den Sturz selbst nachher nicht mehr erinnern.

Ob hier die Anfälle auf den Unfall zurückzuführen sind, oder ob nicht der Sturz selbst schon in einem Anfall erfolgte; ob es sich nicht vielleicht auch bei dem 43jährigen Patienten um ein Spätepilepsie handelt, die durch eines der schon genannten Momente oder auch durch den Alkoholgenuß zum Ausbruch gekommen ist; alles das dürfte kaum mit Sicherheit zu entscheiden sein.

Noch folgender Fall gehört in dieselbe Kategorie:

Landsturmmann F., 45 Jahre alt, im Zivilberuf Buchdrucker, hat als Kind und später als Geselle schon an Krampfanfällen gelitten. Mit 27 Jahren machte er eine Bleivergiftung durch. Einige Jahre späterluetische Infektion. (Lumbalpunktat u. Wassermannsche Reaktion +.)

Im Juli 1915^{er} kam Patient ins Feld. Hier bekam er beim Pferdeputzen einen Hufschlag gegen den Hinterkopf. Nach 2—3 Wochen etwa stellten sich Krämpfe ein, die seine Ueberführung in die Heimat nötig machten. —

Es kam in diesem Falle ein Wiederaufleben der früheren Epilepsie infolge des Feldzuges in Betracht, oder auch eine von den früheren Anfällen unabhängige Epilepsie infolge des Hufschlages. Daneben mußte man an die Lues denken. Schließlich wäre auch die oben erwähnte Bleiintoxikation für die Aetiologie in Erwägung zu ziehen.

Endlich möge noch als Beitrag zu der Frage, wie Fehldiagnosen zustande kommen, ein Fall Erwähnung finden, der neben den Anfällen eine im früheren Krankenblatt genau beschriebene Analgesie am linken Bein aufwies, die auch bei der jetzt erfolgenden Nachprüfung noch konstatiert werden konnte. Was freilich unter den früheren Angaben fehlte, das war die jetzt festgestellte Tatsache, daß diese Analgesie Folge eines Schusses war, der den Hautnerv durchtrennt und so dazu beigetragen hatte, daß der Fall unter der Diagnose „Hysterie“ eingeliefert wurde, obwohl es sich zweifellos um Epilepsie handelte. Genaue Beobachtung der Anfälle und Verlauf der Krankheit bewiesen das einwandfrei.

Während sich, wie eingangs erwähnt wurde, von dem hier vorliegenden Material von 100 Fällen 90 ohne allzu große Schwierigkeit unter die Kategorie „Epilepsie“ oder „Hysterie“ einreihen ließen, blieben doch 10 Fälle zurück, bei denen Elemente aus beiden Krankheiten innig vermischt fast untrennbar vorkamen, so daß es nicht möglich war, bei ge-

nauer Wertung aller für die Diagnose in Betracht kommenden Momente eine eindeutige Entscheidung zu treffen.

Noch heute gilt, was schon vor Jahren die weiter oben erwähnte Arbeit von H o c h e betont: „Die Differential-Diagnose steht vor der großen Schwierigkeit, daß die Existenz und, eventuell, die prinzipielle Stellung eines Grenzgebietes zwischen beiden Krankheiten noch dauernd Gegenstand des Zweifels und des Streites bildet. Die Frage der „Hysteroepilepsie“ wird sich als die eigentliche Schwierigkeit erweisen, die Frage, ob — bildlich gesprochen — die zwei Kreise der Hysterie und Epilepsie sich nur an der Peripherie berühren, oder ob sie übereinandergreifen und damit ein beiden nicht scheinbares, sondern wirklich gemeinsames Gebiet entstehen lassen.“

Das Letztere wurde zuerst in Frankreich angenommen, wo u. a. L a n d o u z y auf Grund seiner Beobachtungen die Unterscheidung in Hysteroepilepsie mit getrennten und mit zusammengesetzten Anfällen aufstellte. Demgegenüber war nach C h a r c o t Hysteroepilepsie in getrennten Anfällen die zufällige Koinzidenz von Epilepsie und Hysterie im selben Menschen, Hysteroepilepsie in zusammengesetzten Anfällen dagegen reine Hysterie, „große Hysterie“ mit nur epilepsieähnlichen Symptomenbildern. In auffallender Weise stimmt mit ganz modernen Forschungen J o l l y überein, der 1875 auf Grund seiner Beobachtungen zu der Annahme kam, „daß die Hysterie ausnahmsweise imstande ist, den dem epileptischen Anfall zugrunde liegenden Erregungszustand des Gehirns hervorzubringen, ohne aber damit aus ihrem Rahmen zu fallen“. Die Hysteroepilepsie verlor dann immer mehr an Boden. Als ihr stärkster Gegner trat M ö b i u s auf, der dem Stand der Dinge etwas deutlich Ausdruck gab mit dem Satze: „Hysteroepilepsie ist ein unpassender Wärterausdruck.“ Trotzdem sollte die Hysteroepilepsie doch wieder Boden gewinnen, und zwar, wie H o c h e annimmt, „unter

wesentlicher Mitwirkung der Tatsache, daß gewisse früher als unfehlbar angesehene differentialdiagnostische Merkmale an Wert zu verlieren begannen, des weiteren unter dem Einfluß der Lehre von der sogenannten Entartung als der gemeinsamen Basis für alle möglichen nervösen Erkrankungen.“ Die letzteren Erwägungen waren insbesondere für Binswanger (2) maßgebend, der sich — wie folgt — darüber äußerte: „Es besteht eine innige Verwandtschaft zwischen Epilepsie und Hysterie, die sich auch bei den einfachen Krankheitsformen dadurch kundgibt, daß zu der epileptischen Neurose im Laufe der Zeit typische — meist interparoxysmelle — hysterische Elemente oder umgekehrt zu der ausgeprägten Hysterie epileptische paroxysmatische Attacken später hinzukommen.“ Ferner: „Auf dem Boden der erblichen Degeneration kommen eigentümliche Mischformen zustande, bei welchen von Beginn des Leidens an epileptische und hysterische Krankheitserscheinungen neben- und durcheinander sowohl die paroxysmellen als auch die interparoxysmellen Zustände beherrschen, sodaß man tatsächlich von einer Hysteroepilepsie sprechen muß und eine Trennung in zwei bestimmte Krankheitstypen nicht mehr durchführbar ist, sondern daß dieselbe Krankheitsursache hier nur in verschiedener Intensität und Nachhaltigkeit in Erscheinung tritt.“

In neuerer Zeit hatte man aber doch wieder strengere Grenzen zwischen den beiden Krankheiten aufgerichtet. Der Epilepsie als organischer Krankheit wurde die Hysterie als funktionelle Krankheit scharf gegenübergestellt. Und als dann der Begriff „organisch“ ausschließlich für nachweisbare anatomische Veränderungen in Anspruch genommen wurde und demzufolge der Charakter der Epilepsie als organischer Krankheit wieder angezweifelt wurde, da unterschied man wenigstens in „somatische“ und „psychogene funktionel-

le Neurose“. Von Strümpell (48) stammt eine Formulierung aus allerjüngster Zeit: „Alle hysterischen Krampfanfälle sind Willenskrämpfe. Damit ist die begriffliche Trennung des hysterischen Anfalls vom epileptischen Anfall, der eine rein somatogene motorische Rindencentladung darstellt, klar durchgeführt.“ Trotzdem kann derselbe Autor infolge der Schwierigkeit einer genauen klinischen Unterscheidung „keine strenge Grenze ziehen, so grundverschieden auch die hysterischen und epileptischen Anfälle in ihrer rein ausgeprägten Form sind. Beide Krankheiten wachsen auf demselben Boden, der krankhaften psychopathischen und neuropathischen Anlage. Kein Wunder, daß beide sich verquicken können,“ und wir hören die neue eigenartige Theorie, „daß die Epilepsie, die in so verschiedenartigen Formen auftritt, sich auch einmal in der Form hysterischer Zustände zeigen kann. Wie von „psychischen Aequivalenten“ könnte man vielleicht geradezu von „hysterischen Aequivalenten“ der Epilepsie sprechen.“ Das stellt einen neuen Versuch dar gegenüber den bisherigen Erklärungen derjenigen Anfälle, die innig vereint Elemente beider Krankheiten aufzuweisen haben. War man doch bisher eher geneigt, derartige Anfälle den extremen Formen der Hysterie zuzurechnen, die in den schwersten Fällen für die Formen ihres Ausdrucks sich Wege zu bahnen weiß, die dem bewußten Willen verschlossen sind. So legt — unter vielen anderen — Oppenheim (35) in seiner Hysterieerklärung das Hauptgewicht auf den krankhaft gesteigerten Einfluß der Gemütsbewegungen auf die diese in der Norm begleitenden motorischen, sensorischen, vasomotorischen und sekretorischen Funktionen.“ Legt man diese Erklärung zugrunde, so lassen sich — zur Deutung des Zustandekommens der zur Diskussion stehenden Krampfstände — die neueren Theorien des Entstehens epileptischer Anfälle heranziehen. Was z. B. die „sekretorischen Funktionen“ betrifft, so sei auf letzthin erschienene

Arbeiten von Bolten (3) hingewiesen, der die Epilepsie auffaßt als eine „chronische Autointoxikation auf dem Boden eines unvollständigen Stoffwechsels infolge von Hypofermentation des Tractus intestinalis und des intermediären Stoffwechsels“, insbesondere als eine Folge der Insuffizienz von Schilddrüse und Epithelkörperchen. Und was gar die krankhaft beeinflussten „vasomotorischen Funktionen“ betrifft, so existieren aus neuerer und neuster Zeit eine ganz bedeutende Anzahl von Arbeiten, die einen mehr oder minder innigen Zusammenhang zwischen vasomotorischen Erscheinungen und epileptischen Anfällen feststellen. In umfassender Weise tat dies besonders Gowers (17), der auf die unmerklichen Uebergänge zwischen Blässe, Schwindel, Ohnmacht, Synkope und epileptischem Anfall hinwies. Schon dieser Forscher macht darauf aufmerksam, wie leicht all diese Krankheitsformen psychischen Einflüssen unterworfen sind (z. B. infolge von Furcht, Kummer, Schreck, Anblick von Blut und dergleichen, die eine momentane Aenderung in der Füllung der Hirngefäße bedingen können). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Edinger (14), der auf Grund seiner Untersuchungen annimmt, daß „manche Kopfschmerzen auf dem Reflexwege entstehen mögen, indem entweder abnorme Reize mehr oder weniger intensive Gefäßkrämpfe auslösen, oder auch, indem sonst normale Reize bei einem abnorm erregbaren Nervensystem das Gleiche veranlassen. Die schwersten Gefäßspasmen müßte man dann bei den hereditär Schwachen erwarten, wo es bekanntlich gerade leicht zur Migräne kommt, deren anfallsweiser Charakter, deren nahe Beziehungen zur Epilepsie längst in diesem Sinne bewertet worden sind.“ Aus neuerer Zeit sei Rhode (39) erwähnt, der zu dem Ergebnis kommt, „daß zum Zustandekommen ganz schwerer Grandmalanfälle irgendeine organische Schädigung, sei es des Gehirns, sei es anderer Organe, die reflektorisch oder durch Wechselwirkung der einzelnen Kör-

perteile in der Blutfüllung auslösend für den Anfall wirken könnte, da sein muß.“ Ferner: „bedenkt man den engen Zusammenhang zwischen dem vasomotorischen Apparat und psychischen Einflüssen, ... so wird es verständlich erscheinen, wenn den Affekten und Aufregungen solcher Einfluß auf das Zustandekommen der Anfälle eingeräumt ist, daß man sogar den Begriff der „Affektepilepsie“ gebildet hat.“ Darüber sind weitere Arbeiten u. a. von Bratz (11) erschienen. Bonhoeffer bezeichnet die affektepileptischen Anfälle, die nie endogen bedingt sind, sondern stets bei äußeren Anlässen vorwiegend seelischer Natur psychisch reaktiv auftreten, als „reaktivepileptische Anfälle“. Er findet „manchmal zweifellos eine hysterische Komponente“. Oppenheim (36) hat eine Art von Anfällen als „intermediäre Krampfstände“ beschrieben, die sich aber von den oben beschriebenen Formen praktisch kaum exakt abgrenzen lassen. Er sagt darüber: „Es können sich auf dem Boden der neuropathischen und psychopathischen Diathese im Geleit der Neurasthenie Anfälle von Bewußtlosigkeit mit und ohne Konvulsionen entwickeln. Besonders trifft das für die vasomotorische Neurasthenie und die degenerativen Formen zu. Die Attacken unterscheiden sich aber von den hysterischen, während sie der Synkope und den epileptischen Anfällen näher stehen.“

Als Beispiel für die im Vorhergehenden beschriebenen Anfallsformen möge folgender Fall (im Auszug) dienen:

Landsturmmann B., 31 Jahre alt. Die Mutter ist seit Jahren nervenleidend, ebenso die Schwester. Der Vater ist tot, war Potator. Bei dem Patienten haben früher keine Anfälle bestanden, wohl aber schon in frühester Kindheit oft Kopfschmerzen und Schwindelgefühle. In der Schule ist er immer etwas zurückgeblieben. Kam im Februar 1915 ins Feld, blieb etwas über 9 Monate draußen.

Schon dort sollen bisweilen bei Anstrengungen, insbesondere bei größeren Märschen Ohnmachtsanfälle aufgetreten sein. Im November 1915 kam Patient wegen Ruhr zurück in die Heimat und wurde nach seiner Wiederherstellung im Garnisondienst verwendet. Anfang 1916 wurde er hier eines Tages als Wachtposten bewußtlos aufgefunden und dem Lazarett zugeführt. Die körperliche Untersuchung ergab keinen Befund. Patient war sehr blaß; es bestand stark ausgeprägte Dermographie. Der Tonus der Gefäßwände war leicht erhöht. Während des Lazarettaufenthaltes traten zunächst keine Anfälle auf. Als jedoch bei dem Patienten eine Blutentnahme zur Wassermannschen Reaktion vorgenommen wurde, wurde er plötzlich blaß und fiel vom Stuhl. Die Lippen waren zyanotisch. Es traten einige leichte Konvulsionen auf. Dauer des ganzen Anfalls etwa 2 Minuten. Nachher wußte Patient von dem Vorgefallenen nur, daß ihm plötzlich schwarz und „flimmerig“ vor den Augen geworden sei.

Der geschilderte Fall bietet ein recht typisches Bild für derartige Anfälle bei Individuen mit labilem Vasomotorium. Charakteristisch ist u. a. auch das erste Auftreten eines Anfalls bei einer Blutentnahme. In ähnlicher Weise traten nach vorliegenden Veröffentlichungen solche vasomotorischen Anfälle mit Vorliebe z. B. bei Impfungen auf, die ja ebenso besonders geeignet sind, ein labiles Gefäßsystem zu alterieren.

Andere Fälle, die hier zur Beobachtung gelangt sind, beschränkten sich nicht auf derartige synkopeartige Zustände, sondern wiesen ausgesprochene schwere Krampfanfälle auf, welche epileptische Symptome zeigten, die mit hysterischen eng verbunden waren.

Auffallend häufig ergab sich aus der Anamnese gerade derartiger Fälle das Vorhandensein einer psychopathischen

Konstitution. In 8 von 10 Fällen wurde hereditäre Belastung angegeben. In allen Fällen haben schon früher Krampfanfälle bestanden. Die Lues, die in 3 Fällen vorhanden war, wurde jedesmal als später erworben zugegeben. Ob nicht daneben noch eine ererbte Lues eine Rolle spielte, ließ sich nicht erweisen.

Als rein epileptisch mußten Anfälle bezeichnet werden bei einem 28jährigen Pionier, dessen somatischer Befund daneben noch hysterische Stigmata aufwies. Eine Schwester des Patienten leidet an Krämpfen; auch Patient hatte als Kind „Zahnkrämpfe“. Wurde in der Schule oft bestraft, weil er ohne Grund wegblieb. Ebenso blieb er später manchmal tagelang von der Arbeit weg, wechselte auch oft seine Stellen. Trank bisweilen maßlos, obwohl er ziemlich alkoholintolerant war.

Die Einlieferung des Patienten erfolgte unter der Diagnose Hysterie, eben jener hysterischen Stigmata wegen und weil die an sich nicht sehr charakteristischen Anfälle fast immer nach Aufregungen auftraten. Während einer längeren Beobachtungszeit traten hier mehrmals Anfälle auf. Auch hier gingen jedesmal Aufregungen vorher. Deren gleichbleibender Charakter jedoch, sowie die einwandfrei epileptische Form der Anfälle legten die Vermutung nahe, daß es sich um epileptische Verstimmungen handelte.

Der Verdacht, daß Alkohol als gemeinsame Ursache für die Verstimmungen und die Anfälle in Betracht kommt, ist nicht von der Hand zu weisen. Die Verstimmungen selbst bestanden in Verdrießlichkeit, die leicht Neigung zeigte, in Jähzorn umzuschlagen. Ihr periodisches Auftreten, immer gefolgt von Anfällen, weist auf den epileptischen Charakter des ganzen Krankheitsbildes hin. Die Verstimmungen haben also keine ursächliche Bedeutung, die Anfälle erfolgen non propter hoc, sed post hoc. Diese depressiven Zustände im

Verlauf der Epilepsie beschreibt u. a. auch Kräpelin (2): „In den epileptischen Verstimmungen findet zu gewissen Zeiten neben einer Erschwerung der Auffassung eine erleichterte Auslösung von Willensantrieben statt, was sich auch in der besonderen klinischen Färbung des Zustandes, der gereizten, verdießlichen, „geladenen“ Stimmung ausdrückt.“

Die im vorhergehenden Fall geschilderte Zusammenstellung: Daß sich bei Anfällen, die epileptische Züge aufweisen, hysterische Stigmata finden, wurde noch mehrmals beobachtet. In anderen Fällen fehlten diese, dagegen sah man hysterische Antecedentien derart, daß der an sich epileptische Anfall hysterisch eingeleitet zu werden schien. Ähnliche Fälle hat Bonhoeffer(6) veröffentlicht: „Während der einzelne Anfall und der Habitus des Kranken nicht hysterisch aussieht, spricht die Art, wie sich die Anfälle wiederholen, für die Mitwirkung einer psychogenen Komponente.“

Als Beispiel möge folgender Fall hier Platz finden:

Oberdeckoffizier S., 54 Jahre alt. Der Vater ist an einem Schlaganfall gestorben, der Sohn des Patienten ist taubstumm. Als junger Mensch will Patient lange Zeit an Kopfschmerzen gelitten haben, die später während der Militärzeit etwas nachließen. Mit 21 Jahren trat Patient zur Schutztruppe über. 1884—86 machte er in Kamerun eine schwere Malaria durch. Er blieb bis 1891 im Kolonialdienst. Für diese ganze Zeit gibt er Mißbrauch von Alkohol und Tabak zu. 1893 trat der erste Anfall auf; Patient brach plötzlich auf der Straße zusammen, er zog sich dabei eine Verletzung am Kopf zu, aus der sich ein Erysipel entwickelt haben soll. Seit der Zeit traten alle 2—3 Monate Anfälle auf, bisweilen längere Zeit aussetzend, aber immer wiederkehrend. Der Charakter der Anfälle, die früher eher dem petit mal ähnlich gesehen hatten, nahm mit der Zeit immer ausgeprägter die Form der grand mal-Anfälle an. Diese Beobachtung wurde von der Ehefrau

des Patienten gemacht, die noch ferner angab, daß die Anfälle jetzt, nachdem er während des Krieges wieder eingezogen sei, häufiger geworden seien. Zwischen den größeren Anfällen habe er oft kleine Anfälle mit Bläßwerden und Bewußtlosigkeit gehabt, bei denen er sich bisweilen eingenäßt habe. In letzter Zeit hätten sich die Anfälle häufig wiederholt, bis zu achtmal am Tage, aber nie während der Zeit, wo er sich auf dem Wasser aufhielt, obwohl das täglich viele Stunden lang vorkam. Hier im Lazarett wurden mehrere große und kleine Anfälle beobachtet, die ein ausgeprägt epileptisches Bild darboten. Ein Anfall trat auf, nachdem ein Mitpatient einen Krampfzustand bekommen hatte. Patient legte sich auf sein Bett, es traten einige Zuckungen in den Armen auf, dann folgte ein großer Anfall mit Pupillenstarre.

Das ganze Krankheitsbild zeigte epileptische Anfälle, die bisweilen unter dem Einfluß emotioneller Momente psychogen auslösbar wurden. Manchmal wird man dabei an die weiter oben besprochenen vasomotorischen Anfälle erinnert, deren Zusammenhang mit den epileptischen dort behandelt worden ist. Auch bei jenen ist ja oft eine psychogene Bahnung der vasomotorischen Vorgänge zu beobachten.

Fanden sich bei den bisher geschilderten Krankheitsbildern meistens paroxysmelle epileptische Attacken, die man für psychogen ausgelöst halten konnte, so wurden auch andererseits einige Fälle bei Individuen mit epileptischen und hysterischen Krankheitserscheinungen beobachtet, bei denen die Hysterie sekundäre Bedeutung zu haben schien. Wie die Hysterie ja auch sonst dazu neigt, andere körperliche und geistige Krankheiten zu überlagern, so ist diese Erscheinung gerade bei der Epilepsie leicht zu erklären, deren Herkunft und Bedeutung im Volke oft allerlei mythischen Deutungen ausgesetzt sind. Ganz besonders sind aber epileptische Lazarettinsassen zur Erwerbung einer Hysterie disponiert, weil

— wie Henneberg kürzlich in einer Diskussionsbemerkung nach einem Vortrage Stiers (49) ausführte — das ganze Milieu, die dauernde Beobachtung von Krampfständen jeder Art bei Mitpatienten das Entstehen einer Hysterie begünstigt, wobei der Wunsch, einen Anfall zu bekommen, d. h. der zur Schließung der Beobachtung notwendigen Bedingung zu genügen, eine unterstützende Rolle spielen mag.

Bei allen Patienten dieser Gruppe fanden sich epileptische und hysterische Krampfstände nebeneinander.

In einem Falle wurde ein Patient, der vor dem Kriege schon einmal wegen epileptischer Anfälle entlassen aber im Februar 1915 wieder eingezogen worden war, wegen neuer Anfälle ins Lazarett eingeliefert. Die Vorgeschichte ergab schwere erbliche Belastung. Geisteskrankheiten und Selbstmorde waren gehäuft in der Familie vorgekommen. Patient selbst hatte ebenfalls schon als Kind Anfälle gehabt und zwar immer in ziemlich regelmäßigen Abständen von 6—8 Wochen. Die körperliche Untersuchung ergab außerordentlich lebhaften Patellar- und Achillessehnenreflex, Fehlen des Korneal- und Würgreflexes. Nach einer Woche Lazarettaufenthalt traten Anfälle auf, und zwar an 3 Tagen hintereinander, die zum Teil vom Arzt beobachtet und als hysterisch erkannt wurden. Schon begann die Diagnose „Epilepsie“, unter der Patient eingeliefert war, Zweifeln zu begegnen, als — ungefähr 9 Tage nach dem letzten der Anfälle — ein typisch epileptischer Krampfzustand auftrat mit Pupillenstarre, Zungenbiß, positivem Babinsky usw. Patient blieb dann noch mehrere Wochen hier, in deren Verlauf noch einmal hysterische Anfälle einwandfrei festgestellt werden konnten.

Waren in diesem Falle die hysterischen und epileptischen Anfälle, jeder in seiner ganz charakteristischen Form, aufgetreten, so war die Unterscheidung weit schwieriger bei einem anderen Patienten, der — ebenfalls erblich schwer be-

lastet (debil, Analphabet, Fürsorgezögling) — vor dem Kriege fast 2 Jahre in einer Anstalt für Epileptische gewesen war. Als einziges hysterisches Zeichen fand sich bei der Untersuchung eine „geographisch“ begrenzte Anästhesie und Analgesie des linken Beines. Bei diesem Patienten fanden sich ebenfalls hysterische und epileptische Anfälle nebeneinander, aber die ersteren waren, wohl durch die dauernde Beobachtung während des langen Anstalsaufenthaltes, den epileptischen so ähnlich geworden, daß nur bei äußerster Aufmerksamkeit und genauer Beobachtung aller charakteristischen Zeichen eine Unterscheidung der jeweils vorliegenden Anfallsformen möglich war.

Ganz isoliert steht neben den im Vorhergehenden beschriebenen Formen mit zusammengesetzten und getrennten Anfällen ein Fall, der vom Verfasser im Felde längere Zeit beobachtet werden konnte. Bei einem Pionier traten im Anschluß an eine Granatexplosion Zeichen von Nervenschock auf, die seine Ueberführung ins Lazarett notwendig machten. Daneben zeigten sich nun am nächsten Tage Krampfanfälle von epileptischem Typus, die den Chock, der etwa 10 Tage anhielt, überdauerten und während der ganzen Zeit bis zum Rücktransport in die Heimat, 2—3 Monate lang, noch anhielten. (Ueber die folgende Zeit ließen sich weitere Erkundigungen nicht einziehen.)

Die zunächst naheliegende Vermutung, daß die Anfälle hysterischer Natur seien, ließ sich durch die klinische Beobachtung ausschließen. Möglicherweise hat durch den Luftdruck oder durch den Sturz bei der Explosion eine mechanische Schädigung des Cerebrum stattgefunden. Immerhin blieb aber noch für die Aetiologie der Anfälle bei diesem Patienten eine Möglichkeit offen, die Bonhoeffer einmal angedeutet hat: „Es scheint kaum zu bezweifeln, daß auf dem Wege einer plötzlich einsetzenden . . . Schreckwirkung eine Hirnalteration sich entwickeln kann, die in ihrer Wir-

kung einer zirkulatorisch oder traumatisch bedingten durchaus gleichzusetzen ist. Es können also auf rein psychischem Wege Gehirnaliterationen hervorgerufen werden, an deren organischer Natur nicht zu zweifeln ist.“

Zum Schluß sei noch ein Fall hier angeführt, der eine treffliche Illustration bietet zu den in jüngerer Zeit veröffentlichten Bemerkungen Strümpells zur Differentialdiagnose, die oben zitiert sind:

Pionier F., 25 Jahre alt. Der Vater des Patienten starb angeblich an Krämpfen, 2 Geschwister des Vaters sind in der Irrenanstalt. Patient hatte seine ersten Anfälle in den Entwicklungsjahren, und von da an immer wiederkehrend mit größeren Pausen. Eine derartige Pause, die seiner Militärzeit voranging, war Ursache, daß Patient im November 1915 zum Militär eingezogen wurde. Im Rekrutendepot traten bald Anfälle auf, die seine Ueberführung ins Lazarett veranlaßten. Hier wurden von dem geschulten Wachpersonal und auch von Aerzten mehrere Anfälle von Beginn an beobachtet, ohne daß es möglich war, zu einer sicheren Diagnose zu kommen. Schließlich wurde zur schnelleren Klärung ein Suggestivversuch vorgenommen: Patient mußte sich aufs Bett legen, dann wurde mit der Erklärung, daß nunmehr ein Anfall erfolgen würde, ein Druck auf die linke „Ovarialgegend“ ausgeübt. Patient reagierte nach ungefähr einer Minute zunächst durch Schnellatmen, dann traten tonische Krämpfe in den Muskelgruppen auf, besonders an den Extremitäten. Nach Aufhören des Druckes sistierte der Anfall nicht, sondern Patient wälzte sich nach einiger Zeit mehrmals im Bett herum, der Kopf bog sich zurück, sodaß typischer Arc de cercle eintrat. Ferner schlug Patient mit Händen und Füßen um sich. Das Gesicht war dabei blaß und es stand Schaum vor dem Munde. Die Prüfung der Pupillenreak-

tion ergab negativen Befund: die Pupillen blieben weit und reaktionslos. Patient war ohne Bewußtsein und reagierte auf keinerlei Reize leichter und schwerer Art. Bei dem Umsichschlagen zog er sich ausgedehnte Abschürfungen an den Händen zu, außerdem wurde nachher ein kleinerer Zungenbiß festgestellt. Die Dauer des ganzen Anfalls betrug 8 Minuten. Für den Anfall selbst und die ihm vorhergehende Zeit fehlte nachher jede Erinnerung.

Der Fall bietet charakteristisch hysterische und charakteristisch epileptische Elemente untrennbar miteinander verbunden. Die Diagnose stößt, wenn sie eindeutig sein will, auf Schwierigkeiten, die nicht überwunden werden können. Von den früher angeführten Fällen unterscheidet sich der vorliegende wesentlich. Man hatte hier nicht den Eindruck, daß ein epileptischer Anfall hysterisch eingeleitet wurde, sondern der Charakter aller beobachteten Anfälle blieb bis zum Schluß nicht frei von hysterischen Zügen (arc de cercle, Umsichschlagen usw.). Auch in der anfallsfreien Zeit war der Habitus des Patienten durchaus hysterisch. Andererseits äußert sich nun Strümpell (47) in einer neuen Veröffentlichung: „Ich selbst habe schwere hysterieforme Anfälle mit völliger Reflexstarre der weiten Pupillen ebenfalls gesehen, bin aber dann stets geneigt gewesen, die Erkrankung eher zur Gruppe der epileptischen Störungen zu rechnen.“ Und an einer anderen Stelle (48) spricht er noch einmal aus, daß er „Krampfstände mit weiten, reaktionslosen Pupillen, sowie solche mit plötzlichem Erblassen des Gesichts und Bewußtseinspausen zur Epilepsie“ rechnet. Wenn wir trotzdem geneigt waren, aus den oben angeführten Gründen die Anfälle als hysterisch zu bezeichnen, so konnten wir uns dabei wiederum auf denselben Autor berufen, der unzweideutig erklärt: „Entscheidend für die Diagnose des hysterischen Anfalls ist . . . stets die Möglichkeit der suggestiven Auslösung des Anfalls.“

Man kann verstehen, wenn bei derartigen Schwierigkeiten der klinischen Praxis selbst ein bedeutender Forscher den Kampf um die Diagnose aufgibt oder zumindest vertagt. In dem oben angeführten Artikel Strümpells (48) findet sich noch folgender Passus: „Solange wir über das Wesen der epileptischen Veränderung im Gehirn ebenso wenig wissen, wie von den Gehirnveränderungen, die der psychopathischen und somit auch der hysterischen Veranlagung zugrunde liegen, werden wir keine scharfe grundsätzliche Trennung zwischen der Epilepsie und der Hysterie ziehen können. Trotz aller theoretischen Erörterungen können wir daher in der Praxis den Begriff der „Hystero-Epilepsie“ noch nicht ganz entbehren.“

Es bleibt zu hoffen, daß es durch dauerndes Weiterarbeiten, durch möglichst scharfe Herausarbeitung der einzelnen Elemente beider Krankheiten doch eines Tages gelingen wird, mehr Licht in das Wesen der psychopathischen Veranlagung, ihre Erscheinungsformen und ihre Ursachen, hineinzubringen. Ist aber nicht zu befürchten, daß die allgemeine Einführung eines so verwischenden Begriffs, wie es die „Hystero-Epilepsie“ ist, diesem Streben im Wege steht?

Für Anregung und Förderung meiner Arbeit bin ich meinem derzeitigen Chef, Herrn Stabsarzt Dr. Braunwarth, zu aufrichtigem Dank verpflichtet.

Literatur.

1. Babinsky: Définition de l'Hystérie. Revue de médecine et de chirurgie 1902 Nr. 1.
2. Binswanger: Die Epilepsie. Nothnagels Spez. Path. und Therap. 1899 Bd. XII.
3. Bolten: Drei Aufsätze über Epilepsie. Monatsschr. f. Psych. und Neur. 1916.
4. — Das klinische Bild der Epilepsie. Monatsschr. f. Psych. und Neur. 1916 H. 1.
5. Bonhoeffer: Hysterische Granatexplosionslähmung. Berl. kl. Wochenschrift 1915 Nr. 7.
6. — Erfahrungen über Epilepsie und Verwandtes im Feldzuge. Monatsschr. f. Psych. und Neur. Bd. XXXVII Heft 1 u. 2.
7. — Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allgemeine Zeitschr. f. Psych. 1911 H. 3.
8. Die Differentialdiagnose der Hysterie und der psychopathischen Konstitution gegenüber der Hebephrenie im Felde. Med. Klinik 1915 Nr. 32.
9. Erfahrungen aus dem Kriege über die Aetiologie psychopathischer Zustände. Vortrag, gehalten auf der Kriegstagung des dtsh. Vereins f. Psychiatrie in München. 31. 9. 16.
10. — Zur psychogenen Entwicklung und Hemmung kriegsneurotischer Störungen. Monatsschr. f. Psych. und Neur. Bd. 40 H. 2-3.
11. Bratz: Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Monatsschr. f. Psych. und Neur. 1911.

12. Breuer und Freud: Studien über Hysterie. Leipzig, Wien. II. Aufl.
13. Dumas (Lyon): Accidents nerveux de nature syncopale ou épileptiforme au cours de troubles du Rhythme cardiaque. Revue de Médecine an XXXII 1913 p. 148.
14. Edinger: Von den Kopfschmerzen und der Migräne. Sonderabdruck aus: Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts. Berlin u. Wien 1901.
15. Erlenmeyer: Wesen und Erkennung der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1913 Nr. 18.
16. Fleisch: Die diagnostische Bedeutung des Karotidenkompressionsversuches. Med. Klinik 1916 Nr. 36.
17. Gowers: Das Grenzgebiet der Epilepsie. Uebersetzt von Dr. Ludwig Schweiger, Leipzig u. Wien 1908.
18. Hamburger: Ueber den vasoneurotischen Symptomenkomplex bei Kindern. Münch. med. Wochenschr. 1911 Nr. 58.
19. Heilbronner: Die forensische Diagnose der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1911 Nr. 58.
20. Hoche: Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Referat auf der XXVII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden. Bericht im Archiv für Psychiatrie Bd. 36 Heft 1.
21. — Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902.
22. Janet: Der Geisteszustand der Hysterischen. Leipzig-Wien 1894.
23. Jellinek: Künstliches Provozieren von epileptischen Anfällen durch Kompression der Karotiden. Wien. kl. Wochenschr. 1915 Nr. 44.
24. — Zur militärärztlichen Konstatierung der Epilepsie. Wien. kl. Wochenschr. Nr. 38.
25. Karplus: Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Jahrbuch für Psych. und Neurol. 1898 Bd. XVII.
26. Karplus: Ueber Erkrankungen nach Granatexplosionen. Wien. kl. Wochenschr. 1915 Nr. 6.
27. Kohnstamm: Zum Wesen der Hysterie. Therapie der Gegenwart. 1911, II.

28. Lewandowsky: Ein Fall von Rindenepilepsie und Rindenschwäche. Zur Frage der „erworbenen Anlage“. Aertzl. Sachverständigenztg. 22, 30.
29. Loewy: Schnelldiagnostik der Epilepsie und Hysterie im Felde. Wien. med. Wochenschr. 1916 Nr. 27.
30. Möbius: Diagnostik der Nervenkrankheiten. 1894.
31. Mohr: Das Halsdrucksymptom als diagnostisches Hilfsmittel. Med. Klinik 1916 Nr. 26.
32. Mörlen: Das Fehlen traumatischer Neurosen bei Kriegsgefangenen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 72 H. 5-6.
33. Nonne und Beselin: Hysterische Augenmuskelstörungen. Festschrift des ärztl. Vereins zu Hamburg 1896.
34. Nonne: Ueber Hysterie. Neurol. Zentralblatt 1904 Nr. 3.
35. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. II. Aufl. Bd. II.
36. — Ueber psychasthenische Krämpfe. Journal für Psych. u. Neurol. 1905.
37. — Zur Lehre von den neurovaskulären Erkrankungen. Berl. kl. Wochenschr. 1911.
38. Redlich und Karplus: Ueber das Auftreten organischer Veränderungen des Zentralnervensystems nach Granatexplosionen resp. Mischformen derselben mit funktionellen Störungen. Monatsschr. f. Psych. und Neur. 1916.
39. Rhode: Zur Genese von „Anfällen“ und diesen nahestehenden Zuständen bei sogenannten Nervösen. Zeitschr. f. Neur. und Psych. 1892 Bd. 23.
40. Sommer: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Gießen 1902.
42. Steffens: Ueber drei Fälle von Hysteria magna. Archiv f. Psych. 1900 Bd. 33.
43. — Obduktionsbefund bei einem Fall von Hysteroepilepsie. Arch. f. Psych. XXXV. Bd. III.
44. — Ueber Hysteroepilepsie. Arch. f. Psych. XXXIII.
45. Skliar: Zum Wesen der Hysterie. Zeitschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. Bd. X. 1912.

46. Strümpell: Spezielle Pathologie und Therapie. Bd. II.
47. — Einige Bemerkungen zur Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Erkrankungen des Nervensystems. Med. Kl. XII. Jahrg. Nr. 18.
48. — Ueber Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitsercheinungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 55, H. 1-3.
49. Stier: Zur militärärztl. Beurteilung der Epilepsie. Neurol. Zentralblatt 1916 Nr. 15.
50. Schultze: Bemerkungen über traumatische Neurosen, Neurasthenie und Hysterie. Neurol. Zentralbl. 1916 Nr. 15.
51. Tsiminakis: Die Karotidenkompression bei Epilepsie und Hysterie. Wien. kl. Wochenschr. XXXIII. Nr. 44.
52. Weygandt: Kriegspsychosen. Med. Klinik 1914 Nr. 39.
53. Westphal: Ueber Pupillenerscheinungen bei Hysterie. Berl. kl. Wochenschr. 1897 Nr. 47.
54. Ziehen: Psychiatrie. 3. Aufl. Leipzig 1908.
55. Sanitätsbericht über die Kgl. preuß. Armee, das XI. und XII. (1. u. 2. kgl. sächsische) und das XIII. (Kgl. Württembergische) A. K. für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1912 bis 30. September 1913. Von der Medizinalabteilung d. Kgl. preuß. Kriegsministeriums. Berlin 1916.

Lebenslauf.

Ich, Joachim Caspari, preußischer Staatsangehörigkeit, Jude, bin am 2. März 1892 zu Brüssow (Uckermark) als Sohn des praktischen Arztes Dr. David Caspari und seiner Frau Ida geb. Mayer geboren. Von meinem 6. Lebensjahre ab besuchte ich das Askanische Gymnasium zu Berlin, das ich Michaelis 1910 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Unmittelbar darauf begann ich mit dem Studium. Ich studierte an den Universitäten München und Berlin, wo ich im Oktober 1916 das medizinische Staatsexamen bestand. Oktober 1913 bis April 1914 diente ich als Einj.-Freiwilliger mit der Waffe. Mein Studium wurde fernerhin dadurch unterbrochen, daß ich als Feldunterarzt im Felde stand (bisher 15 Monate).

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten: In München: Rückert, v. Goebel, v. Baeyer, Mollier, Frank, v. Angerer, Grashey, Plöger, Klausner, Kräpelin, v. Müller, Pfaundler; in Berlin: Hertwig, Rubens, H. Virchow, Gabriel, Rubner, Kopsch, Waldeyer, Heffter, Bier, Bonhoeffer, Bumm, Czerny, Krückmann, Straßmann, Orth, Killian, Ehrmann, Axhausen, Franz, Flügge, Ceelen, Beyer.

Allen meinen Lehrern bin ich für die Förderung meiner Ausbildung zu Dank verpflichtet.

